|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-01246S (01/2024) | | | | | | **STATE OF WISCONSIN**  Wisconsin Statutes  § 48.685 and 50.065  Administrative Rule  DHS 12.05(4) | | | | |
| **ANEXO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES — IRIS**  **BACKGROUND INFORMATION DISCLOSURE ADDENDUM—IRIS** | | | | | | | | | | |
| **INSTRUCCIONES:** | | La cumplimentación de este formulario es necesaria en virtud de las disposiciones de los Chapters 48.685 y 50.065 Wis. Stats. El incumplimiento puede resultar en una denegación o despido de su empleo.  La información de identificación personal en este formulario se recopila para verificar su identidad y que el formulario está completo. | | | | | | | | |
| **SECCIÓN I – INFORMACIÓN DEL SOLITANTE** | | | | | | | | | | |
| Nombre – (Apellido, Nombre, Inicial) | | | | | | Fecha de nacimiento | | | | |
| Indique todas las ciudades y estados en los que haya vivido en los últimos tres años, y el o los nombres con los que se lo identificó (si difieren de su nombre actual). Indique la cantidad de años que vivió allí. | | | | | | | | | | |
| Dirección – (Dirección, Ciudad, Estados, Código postal) | | | | Años en esa residencia | | | Cualquier otro nombre por el que haya sido conocido (incluido el nombre de soltera) | | | |
|  | | | |  | | |  | | | |
|  | | | |  | | |  | | | |
|  | | | |  | | |  | | | |
| **SECCIÓN II - INFORMACIÓN ADICIONAL DEL SOLICITANTE** | | | | | | | | | | |
| Llenar esta sección es solo necesario para los solicitantes que han vivido fuera del estado de Wisconsin en los últimos tres años. | | | | | | | | | | |
| Direccion actual | | | Ciudad | | Estado | | | Código postal | | Condado |
| Dirección anterior | | | Ciudad | | Estado | | | Código postal | | Condado |
| Dirección anterior | | | Ciudad | | Estado | | | Código postal | | Condado |
| Dirección anterior | | | Ciudad | | Estado | | | Código postal | | Condado |
| Nombre de soltera de la madre | | | | | | Nombre actual de la madre - (Apellido, Nombre, Inicial) | | | | |
| Nombre del padre - (Apellido, Nombre, Inicial) | | | | | |  | | | | |
| **SECCIÓN III: RECONOCIMIENTOS Y FIRMA** | | | | | | | | | | |
| El solicitante debe marcar todas las casillas, firmar y fechar. | | | | | | | | | | |
|  | Confirmo que la información que brindé en este formulario es completa y precisa según mi leal saber y entender. | | | | | | | | | |
|  | Autorizo a las agencias asociadas de IRIS del DHS a llevar a cabo una verificación de antecedentes en el presente y a realizar futuras verificaciones de antecedentes de manera automática, sin aviso, cada 4 años y de forma *ad hoc* mientras preste servicios pagos de IRIS. | | | | | | | | | |
|  | Entiendo que una verificación de antecedentes fuera del estado o del país puede incrementar el tiempo de procesamiento. | | | | | | | | | |
| **FIRMA** – Solicitante | | | | | | | | | Fecha de la firma | |
|  | | | | | | | | |  | |